LABORATOIRES AGRÉÉS
TRISOMIE 21
GÉNÉTIQUE
FIV

Estimation du risque de trisomie 21 fœtale
par l'étude des marqueurs sériques maternels

Laboratoire ANALYSIS : 11 ch la Belle au Bois Dormant, 88000 Epinal
Praticiens autorisés : Dr Gérard LEFAURE ◆ Dr Véronique PETIT
Contact : Tél 03 29 68 04 04 ◆ Fax 03 29 68 49 59 ◆ contact@analysis.fr

STRATEGIE DE DEPISTAGE

☐ 1e trimestre ◆ Dépistage combiné 1er trimestre (prélèvement **entre 11,0 et 13,6 SA**)
☐ 2e trimestre ◆ Dépistage séquentiel intégré (prélèvement **entre 14,0 et 17,6 SA**)
☐ 2e trimestre ◆ Dépistage par les seuls marqueurs sériques (prélèvement **entre 14,0 et 17,6 SA**)

PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES *(obligatoires)*

Poids actuel de la patiente : _____ kg
Origine géographique : ☐ Europe/Afrique du Nord ☐ Afrique sub-sahar/Antilles ☐ Asie ☐ Autre : préciser _____

Tabac	☐ Oui ☐ Non
Diabète insulino-dépendant	☐ Oui ☐ Non
Grossesse antérieure avec trisomie 21	☐ Oui ☐ Non
Grossesse gémellaire	☐ Oui ☐ Non

préciser si nécessaire : ☐ FIV ☐ ICSI ☐ TEC ☐ Don d'ovocyte : âge de la donneuse ___
Date de ponction : _____ Date de transfert : _____

RENSEIGNEMENTS ECHOGRAPHIQUES *(obligatoires)*

Identifiant réseau périnatalité : |__.__.__|__.__.__|___|__.__.__.__|__.__|
Date de l'échographie : _____ Date de début de grossesse : _____
Clarté nucale : _____ mm (jumeau 2 CN : _____ mm)
LCC [45-83,9] : _____ mm (jumeau 2 LCC : _____ mm)

PRELEVEUR / LABORATOIRE *(1 tube sec centrifugé dans les 8h après le prélèvement)*

Nom : _____ Date du prélèvement : _____ Heure : _____

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE *(obligatoire)*

Je soussignée _____

Atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme (*) (*nom*, *prénom*) : _____

au cours d'une consultation médicale en date du _____ des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic ;
- le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :
- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.

Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.
Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.
L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.
Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.
Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date : _____

(*) Rayer la mention inutile

Signature du praticien :	Signature de la patiente :

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant